

ДОЗИРОВАННАЯ ГИПОКСИЧЕСКАЯ ТРЕНИРОВКА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С МИГРЕНЬЮ

Кузнецов В.И., Белявский Н.Н., Солкин А.А., Бугашвили З.М.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Мигрень является одной из наиболее распространенных форм первичной головной боли, которая рассматривается как заболевание, обусловленное наследственно детерминированной дисфункцией вазомоторной регуляции, проявляющейся преимущественно в виде периодически повторяющихся приступов головной боли, чаще в

одной половине головы. По литературным данным мигренью страдает от 3 до 38% населения земного шара. Чаще болеют женщины (соотношение мужчин и женщин 2:3 или 2:4), преимущественно в возрасте 18-30 лет; наиболее высокая частота возникновения мигрени встречается в возрасте 28-33 лет (около 70% случаев).

Несмотря на то, что мигрень не относится к фатальным заболеваниям и очень редко сопровождается серьезными осложнениями, она, тем не менее, существенно нарушает социальную адаптацию и качество жизни пациентов. Поражая лиц молодого трудоспособного возраста, мигренозные головные боли у значительной части пациентов приводят к существенному снижению работоспособности, пропускам работы по болезни, ограничивают социальную активность, нарушают семейное общение. Многие пациенты отмечают плохое самочувствие не только во время приступов мигрени, но и в межприступном периоде [1, 2, 3, 4, 5, 6].

Лечение мигрени в межприступный период является крайне актуальной задачей. Использование медикаментозных методов в лечении и профилактике приступов мигрени не всегда приводит к желаемым результатам, поэтому необходим поиск новых немедикаментозных методов профилактической терапии приступов мигрени. Представляет интерес использование интервальной гипоксической тренировки в качестве метода профилактики приступов мигрени.

Цель работы: изучить влияние интервальной нормобарической гипоксии на показатели сна, самочувствия, активности, настроения, состояния вегетативной нервной системы у больных с мигренью без ауры.

Материалы и методы: Оценка эффективности профилактического действия интервальной нормобарической гипокситерапии (ИНГ) при вазомоторных цефалгиях (мигрени) была осуществлена у 20 больных с мигренью без ауры в возрасте 18-45 лет (16 женщин, 4 мужчин), которые получали курс ИНГ на фоне медикаментозной терапии. Диагностика мигрени осуществлялась в соответствии с критериями Международного общества по изучению головной боли (1988) и второго, переработанного и дополненного издания Международной классификации головной боли (2003).

Методика интервальной нормобарической гипокситерапии состояла в следующем: в течение 5 минут больные вдыхали гипоксическую газовую смесь, содержащую 10-12% кислорода в азоте при нормальном атмосферном давлении. Затем следовал 5-минутный

интервал, во время которого больные дышали атмосферным воздухом (содержание кислорода 20,9%). Один сеанс ИНГ включал 6 циклов дыхания гипоксической газовой смесью с указанными выше нормоксическими интервалами. Общее время гипоксического воздействия составляло 30 минут. Курс лечения состоял из 10-15 сеансов, которые проводили ежедневно. Получение нормобарической гипоксической газовой смеси с регулируемой концентрацией кислорода осуществляли на мембранной газоразделительной установке волоконного типа фирмы «Био-Нова-204». Гипоксический тест (вдыхание гипоксической смеси в течение 10 минут) с целью оценки переносимости гипоксии проводили всем больным до начала ИНГ. Во время теста непрерывно регистрировали насыщение капиллярной крови кислородом, частоту сердечных сокращений пульсоксиметром Mindrey (США).

Анализ числовых характеристик полученных данных проводился с помощью пакета прикладных программ Microsoft Excel и Statistica-5.

Всем больным до, в середине и в конце лечения предлагался опросник САН (самочувствие, активность, настроение), состоящий из 30 пар противоположных характеристик. Каждая пара представляла собой шкалу, на которой пациент отмечал степень выраженности той или иной характеристики своего состояния, а также предлагался опросник «боль и сон». Опросник MIDAS (Migraine Disability Assessment), оценивающий степень ограничения повседневной активности из-за головной боли, предлагался до лечения и через три месяца после лечения.

Для оценки характера и степени вегетативной дисфункции (в баллах), наблюдаемой в повседневной жизни, пациентам предлагалась «Анкета для выявления вегетативных нарушений» (Вейн А.М. 1988). Анкета состояла из одиннадцати пунктов. Каждый пункт включал определенный тип изменений состояния автономной нервной системы (изменение окраски кистей и стоп, наличие потливости, «ощущение сердцебиения», «замирания и остановки» сердца, затруднения при дыхании, нарушения функции желудочно-кишечного тракта, обмороков, нарушения сна). При положительном ответе на вопрос начислялось определенное количество баллов.

Результаты исследования: анализ опросника САН показал, что до лечения методом прерывистой нормобарической гипокситерапии средний показатель самочувствия составлял $3,45 \pm 0,19$ баллов, в середине лечения – $3,78 \pm 0,13$ баллов, после лечения среднее количество баллов, отражающее благоприятное состояние пациентов

с мигренью без ауры возросло до $4,77 \pm 0,09$ баллов ($P < 0,001$ по сравнению с данными до лечения). Средний показатель активности до лечения составлял $3,65 \pm 0,14$ баллов, уже в середине лечения активность достоверно возросла и составляла $3,98 \pm 0,10$ баллов ($P < 0,05$ по сравнению с данными до лечения), в конце лечения – $4,96 \pm 0,10$ баллов ($P < 0,001$ по сравнению с данными до лечения). Среднее значение настроения до лечения составляло $3,38 \pm 0,16$ баллов, в середине лечения – $3,71 \pm 0,14$ баллов, в конце лечения настроение поднялось до $4,77 \pm 0,12$ баллов ($P < 0,001$ по сравнению с данными до лечения).

Степень ограничения повседневной активности из-за головной боли по шкале MIDAS до лечения составляла $15,50 \pm 1,50$ баллов, после лечения степень ограничения активности снижалась до $10,25 \pm 1,14$ баллов.

Анализ опросника «боль и сон» выявил, что до лечения у 35% пациентов был поверхностный, неглубокий сон с частыми пробуждениями, в середине лечения такой сон был у 15% больных, а в конце лечения только у 5%. Чувство невыспанности, усталости при пробуждении утром до лечения было у 45% пациентов, в середине лечения – у 35%, в конце лечения – у 10% пациентов, страдающих мигренью без ауры. Трудность засыпания до лечения составляла $38,0 \pm 5,4$ баллов, в середине лечения – $19,0 \pm 3,1$ ($P < 0,01$ по сравнению с данными до лечения), в конце лечения снижалась до $5,0 \pm 2,0$ баллов ($P < 0,001$ по сравнению с данными до лечения). 50% пациентов до лечения просыпалось ночью из-за головной боли и при этом все 50% пациентов принимали лекарства, в середине лечения только 35% пациентов просыпались и принимали лекарства, а в конце лечения только - 20% пациентов.

При анализе вопросника для определения признаков вегетативных изменений выявлено, что до лечения склонность к покраснению лица наблюдалась у 60% больных, после лечения – у 46,7%; наличие онемения или похолодания пальцев кистей или стоп до лечения наблюдалось у 40% пациентов, после лечения – у 33,3%; изменение окраски пальцев кистей или стоп до лечения было у 13,3% пациентов, после лечения – у 6,7%; наличие повышенной потливости выявлялось до лечения у 60% пациентов, после лечения – у 46,7%; ощущение сердцебиения до лечения было у 60% больных. страдающих мигренью, после лечения – у 6,7%; затруднение дыхания до лечения было у 53,3% пациентов, после лечения – 33,3%; приступообразные головные боли выявлялись до лечения у 100% больных, после – у 13,3%; снижение работоспособности до лечения

было у 60% пациентов, после – у 6,7%; нарушение сна до лечения отмечали 80% больных, после – 20%.

Вывод: периодическая гипоксическая тренировка больных с мигренью улучшает самочувствие, повышает активность и настроение, улучшает засыпание и сон, снижает чувство невыспанности, а также оказывает положительное влияние на показатели, характеризующие состояние автономной нервной системы, сдвигая различные параметры в благоприятную сторону от 6 до 87%.

Литература:

1. Амалин А.В. Мигрень (патогенез, клиника, фармакотерапия). – СПб., 2000
2. Болевые синдромы в неврологической практике / Под ред. чл.-корр. РАМН А.М. Вейна. – М.: МЕДпресс-информ, 2001. – 368 с.
3. Вейн А.М. и др. Мигрень: динамика психофизиологического паттерна // Журнал неврологии и психиатрии. № 12. – 2000. – с. 13.
4. Карамышева Е.И., Горьков В.А. Современная стратегия фармакотерапии мигрени // Фарматека. №2. – 2001. – с.28.
5. Evans R.W., Olesen J. Migraine classification, diagnostic criteria, and testing // *Neurology*. – 2003. – Vol. 60. – P. 24–30.
6. Lipton R.B., Newman L.C. Epidemiology, impact, and comorbidities of migraine headaches in the United States // *Neurology*. – 2003. – Vol. 60. – P. 3–8.